8.

Aus der Königl. Chirurgischen Klinik
der Charité zu Berlin.
Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand.

Casuistischer Beitrag zum Lupuscarcinom.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
AN DER
FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

von

Bassja Schwartz
aus Tula (Russland).

Tag der Promotion: 27. Februar 1911.

Hermann Blanke's Buchdruckerei und Verlag
Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstrasse 9.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand.

Meinen lieben Geschwistern
Rosa und Samuel.

Casuistischer Beitrag zum Lupuscarcinom.

Die Pathologie hat im letzten Jahrzehnt so bahnbrechende Fortschritte gemacht, dass die Feststellung der Diagnose auf dem Gebiete von Lupus und Carcinom keine besonderen Schwierigkeiten mehr bereitet und von einer Komplikation der beiden Krankheiten nun die Rede sein kann.

Carcinom auf lupösem Boden wurde schon von Busch als „epitheliomartige Form des Lupus“ erkannt. Es handelt sich in seinen Fällen um lupöse Erkrankungen, besonders der unteren Extremitäten, die mit elephantiastischen Verdickungen einhergingen, bei gleichartig vorhandenem ulcerierendem Gesichtslupus. In seinem, im Jahre 1872 auf dem ersten Kongress für Deutsche Chirurgie gehaltenen Vorträge sagt Busch, nachdem er kurz die hornhautartige Wucherung des Epithels an der Oberfläche besprochen hat: „viel wichtiger ist aber der Unterschied in bezug auf die Tiefe, in welcher sich die epitheliale Wucherung erstreckt. Wir sehen ganz wie bei den gewöhnlichen Lupusformen Entartungen, welche nur die oberflächlichsten

Cutisschichten eingenommen haben, andere, welche weiter in die Tiefe dringen bis zum subcutanen Gewebe und endlich auch solche, welche wie der Lupusknoten im Gesicht, durch Muskeln und Knorpel bis zum Knochen vordringen, hier durch alle Weichgebilde, welche ihnen in den Weg kommen, hindurchdringen und sich bis in das Periost fortsetzen". Jeder Unbefangene, sagt Busch weiter, dem die entsprechenden mikroskopischen Präparate vorgelegt wurden, und der nicht wusste, woher diese stammen, würde sie als „Stücke eines Epithelioms oder Cancroids" diagnosticieren.

Ganz dieselben Bilder, wie sie Busch beschreibt, hatten früher schon Waldeyer und Thoma gesehen. Der letztere beschreibt zwei Fälle, die er als „Combination des Lupus mit Epithelion" bezeichnete; er beobachtete nämlich im Lupusgewebe verzweigte und vielfach anastomosierende Zapfen und Sprossen, die aus Elementen vom Charakter der Zellen des Rete Malpigihi und vielfach concentrischen, geschichteten verhornten Epidermiskugeln zusammengesetzt sind. Friedländer hat im Jahre 1874 bestätigt, dass auch bei den ulcerativen und granulierenden Formen fast regelmässig ein hohes geschichtetes Epithel gefunden wird, dessen oberste Lagen in beginnender Verhornung begriffen sind, und das häufig bis millimeterlange Zapfen in das darunter liegende Lupusgewebe

hineinschickt; diese Zapfen können unten leicht kolbig anschwellen, oder sich in zwei Aeste spalten; Friedländer war auch der erste, der den Lupus als Lokaltuberkulose der Haut erkannt hat, was durch Koch mit dem Nachweis von Tuberkelbazillen in dem Gewebe bestätigt wurde.

Nach Kaposi kommt bei Lupus eine Epithelwucherung in zweifacher Form vor, indem hier der physiologische Verhornungsprozess noch zum Abschluss gelangt und die verlängerten, durch mächtige Retezapfen von einander getrennten Papillen mit hauthornartig über einander getürmten Epidermismassen bedeckt erscheinen, wächst bei der zweiten Form das Rete Malpigihi in das lupös erkrankte Gewebe hinein, treibt daselbst mächtige lange Fortsätze, die sich sogar verzweigen und mit einander anastomosieren können, so dass ein ganz kompliciertes Wachtumsverhältnis zwischen Epithel und Grundgewebe zu Stande kommt. Hie und da wurden auch einige Epithelnester von Kaposi inmitten der lupösen Wucherungen gefunden; und diese sind es, welche sozusagen auch die Brücke zum Verständnis der Entstehung des Lupuscarcinoms bilden; dann kommt noch unter anderen die Ribbert'sche Theorie, durch welche im allgemeinen bei mehreren ganz im Beginne befindlichen Hautcarcinomen nachgewiesen werden kann, dass sich unter dem Epithel zunächst eine zusammenhängende Lage

eines zell- und gefässreichen Bindegewebes bildet, welches sich gegen die tieferen Hautschichten deutlich absetzt. In dieses junge Gewebe ragen die verlängerten Zapfen resp. Leisten der Epidermis hinein, aber sie überschreiten nach abwärts vorerst nicht das normale Niveau. Daraus geht im Verein mit anderen Momenten hervor, dass nicht nur ein Tiefenwachstum des Epithels, sondern ein wesentlicheres Höhenwachstum des Bindegewebes mit Verlängerung der Papillen stattgefunden hat. Ribbert fand, dass nicht das Epithel in das Bindegewebe hineinwächst, sondern dass sich durch Wucherung desselben die Epithelien nach aufwärts schieben, um aussen zu verhornen und abgestossen zu werden.

Ein Hineinwachsen in das Bindegewebe wird nur bei solchen Epithelzellen stattfinden, die aus dem Zusammenhange mit der übrigen Epidermis getrennt wurden und so ihr normales nach oben gerichtetes Wachstum nicht mehr betätigen können. Eine solche Trennung kommt dadurch zu Stande, dass die Bindegewebszellen zwischen die Epithelien vordringen, sie auseinander drängen und isolieren. Von diesen Gesichtspunkten betrachtet Ribbert das Lupuscarcinom. Er sagt: „Die Entwickelung des letzten erfolgt auf der Basis eines chronisch entzündlichen, durch Tuberkelbazillen hervorgerufenenen Prozesses der Haut“. Die Verlängerung der Epithelleisten beruht nach Ribbert,

nicht auf einem Abwärtswachsen derselben, sondern auf einem Höhenwachstum des Granulationsgewebes. Bei der Diagnose auf Lupuscarcinom spielen bei Ribbert die hauptsächlichste Rolle neben der typischen Struktur eines Plattenepithelkrebses die Riesenzellen; er glaubt, dass sich nicht nur das Carcinom häufig an einen vorher bestehenden klinisch nachweisbaren Lupus anschliesst, sondern dass nicht selten das Carcinom auch ausgelöst wird durch eine nur mikroskopisch erkennbare tuberkulöse Erkrankung der Haut. Nach vielen Beschreibungen ist die Kombination von Hautcarcinom mit nur mikroskopisch nachweisbarer Tuberkulose sehr selten, oft treten nicht selten Riesenzellen in einer derartigen Form, Zahl und Anordnung auf, dass der Verdacht auf Tuberkulose dringend nahe gelegen ist. Aber das Fehlen von Tuberkelbazillen, das Fehlen der Verkäsung, der negative Ausfall der Tuberkulinprobe und des Tierversuches beweisen, dass es sich dennoch nicht um Tuberkulose, sondern um specifisch carcinomatöse Veränderungen handelt.

Die bisher ausgesprochenen Behauptungen stehen im Widerspruch mit der schon längst bekannten Anschauung Rokitansky's, nach der Carcinom und Tuberkulose in demselben Organismus nicht zusammen vorkommen können.

Das Falsche dieser Ansicht ist in den letzten Jahren in einer Reihe von Arbeiten beschrieben wor-

den. Die häufigste Kombination ist Lupus und Carcinom, das letzte tritt aber auch in Zusammenhang mit Tuberkulose in inneren Organen auf. Als Beispiele dienen folgende Fälle aus der Arbeit Metterhausen's: „Friedländer beobachtete einen Fall von Cancroid in einer tuberkulösen Lungencaverne; Lubarsch — multiple Carcinome des Ileum mitten unter tuberkulösen Geschwüren; einen primären Lungenkrebs im chronisch tuberkulösen Lungengewebe; einen metastatischen Krebs im frisch tuberkulös infiltrierten Gewebe. Cordua — krebsig — tuberkulöses Geschwür des Oesophagus, bei dem ein grösserer Tuberkel mit Verkäsung in der Mitte und Riesenzellen in der von epithelioiden Zellen gebildeten Randzone mehr am Rande des Krebsgewebes lag, aber auch rings von Epithelsträngen und alveolären Krebsnetzen umgeben war; zwei Fälle von Zenker: — Er fand im Oesophagus eines Patienten und einem Stimmband eines anderen Cancroid und an der Grenze zum normalen Gewebe verkäste und miliare Tuberkel, die im ersten Falle auch Tuberkelbazillen enthielten.

Crone beschrieb einen Fall, bei dem nach seiner Auffassung ein Carcinom sich auf tuberkulöser Basis entwickelt hatte, während umgekehrt bei einem Fall von Baumgarten auf einem Kehlkopfcarcinom sich sekundär Tuberkelbazillen angesiedelt und zu einer Entwicklung von Tuberkeln geführt hatten. Metter-

hausen selbst beschrieb einen Fall von Colonkrebs mit Tuberkulose und zwei Fälle von Magencarcinom in Zusammenhang mit tuberkulösen Lymphdrüsen.

Das Epitheliom nach Lupus kommt als wucherndes und als geschwürig zerfallendes vor; der bis daher sich allmählich verbreitende, schmerzlose Lupus nimmt rapid einen zerstörenden Charakter an, wird sehr schmerzhaft und der Zustand des Patienten ist unerträglich.

Die Prognose ist natürlich viel ernster als beim nicht komplicierten Lupus.

Praedilektionsstelle des Lupuscarcinoms ist so wie bei dem Lupus überhaupt das Gesicht.

An die bewährten chemischen und radikalen chirurgischen Eingriffe zwecks Heilung des Lupus reiht sich die Röntgentherapie, die neben den Vorteilen, welche sie bietet, auch nicht zu verkennende Gefahren in sich birgt, nämlich das Entstehen von Carcinom. Dennoch ist dies noch nicht festgestellt.

Mendes da Costa zum Beispiel hat nur 7 Carcinome bei 71 mit Röntgenstrahlen behandelten Fällen von Lupus gefunden. Es ist möglich, dass jeder Mensch individuell gegen die Wirkung der Röntgenstrahlen ist.

Auch kann das Carcinom auf eflorescierendem, noch nicht mit Röntgenstrahlen behandelten Lupus entstehen.

In der letzten Zeit hat die Behandlung des Lupus nach Finsen grosse Verbreitung gefunden. Finsen hat in ausgedehntem Masse Versuche mit konzentriertem Sonnen- und elektrischen Licht angestellt. Die Wirkung desselben auf die verschiedensten Bakterienarten beobachtet und dasselbe zu therapeutischen Zwekken verwandt. Da man das Sonnenlicht nicht immer zur Verfügung hat, ist es für regelmässige therapeutische Massnahmen nicht zu gebrauchen. Finsen wandte deshalb ein System von Sammellinsen und eine Bogenlampe von 25 Ampère an und er erzielte damit sehr günstige Heilerfolge bei Lupus. Daraus geht hervor, dass Lupus auch durch koncentriertes Sonnenlicht, vor allem durch koncentriertes elektrisches Licht zu heilen ist. Kümmel bemerkt, dass diese sehr wirksame Methode mit koncentriertem elektrischen Licht den Röntgenstrahlen gegenüber den Nachteil hat, dass zur Zeit nur kleine Partien bestrahlt werden können, während bei den letzteren sofort die gesamte erkrankte Fläche in Behandlung genommen wird. Deshalb schlägt Kümmel vor, die Kombination beider Methoden eintreten zu lassen, indem die grossen lupösen Flächen mit Röntgenstrahlen in Behandlung genommen werden und einzelne, noch zurückgebliebene Knötchen mit dem koncentrierten Licht des Finsen'schen Apparates beseitigt werden.

Die Entstehung des Cancroids auf lupöser Haut

einerseits und durch Röntgenstrahlen irritierter Haut anderseits, und eine Kombination beider möchte ich nun im folgenden an der Hand von 4 Fällen aus der chirurgischen Klinik der Charité illustrieren.

Fall 1.

M. A., Mann 45 J., Mühlenbesitzer.

Anamnese: Im Alter von 15 Jahren riss sich Patient an der linken Wange mit einer rostigen Nadel. Von der Wunde soll sich dann ein das linke Ohr und die Nase, sowie den Mund und die andere rechte Wangenseite, zerstörender Lupus ausgebreitet haben.

Anfängliche Behandlung:

Auskratzungen, Soolbäder und Salben. Im Jahre 1884 wurde ihm in Göttingen eine hinter dem linken Ohr entstandene blumenkohlartig zerklüftete Neubildung weggenommen.

Wunde heilte.

1901 begann Patient mit der Finsenbehandlung.

1903 wurde das linke Auge herausgenommen.

1904 mit der Röntgenbehandlung (alle 8—10 Tage eine Sitzung zu 5 Minuten). Die Lichttherapie hatte den besten Erfolg.

Bis heute (1907) ist der ganze Prozess auf der ganzen rechten, mittleren und zum grossen Teil auch auf der linken Gesichtshälfte geheilt.

Im Februar 1907 entwickelte sich an der Stelle

der alten carcinomartigen Neubildung von 1884 eine neue, die sehr schnell an Grösse zunahm.

Patient wird darauf behandelt.

Status:

Die ganze linke Gesichtshälfte, die untere Partie der rechten, ferner die linke Schläfengegend und Halsgegend, sowie die linke Nackenhälfte ist von ausgedehnten flächenhaften, alten Lupusnarben überzogen; an einzelnen Stellen, am linken horizontalen Unterkieferast und an der Oberlippe, finden sich frische Lupuseruptionen von gelb-rötlichem Aussehen; das linke Auge fehlt (Enukleation 1903); oberes und unteres Augenlid sind noch erhalten, aber stark narbig retrahiert. Dem Lidspalte entsprechend findet sich eine frische Erosion. Von der hakenförmig gebogenen Nase ist nur noch das Knochenskelett und ein kleiner Teil des knorpligen Septum erhalten. In den künstlich hergestellten Nasenöffnungen steckt je ein bleistiftdikkes Röhrchen. Die Mundöffnung ist infolge narbiger Retraction um die Hälfte verkleinert. Am stärksten ist die narbige Verziehung an der rechten Hälfte der Oberlippe ausgeprägt. Das linke Ohr fehlt bis auf geringe Reste, die der Basis der Ohrmuschel entsprechen. Der Gehörgang ist durchgängig. Hinter diesem Ohrmuschelrest wölbt sich ungefähr in der Gegend des Prozesses Mastoideus, entsprechend eine aus narbiger Umgebung herausragende Tumormasse vor,

die ein blumenkohlartiges Aussehen besitzt, und sich ebenso wie die übrigen Narben auf der Unterlage verschieben lässt. Der Tumor hat eine mässig harte Consistenz. Seine mittlere Partie zeigt Neigung zum geschwürigen Zerfall. Seine Ränder sind von dünnem Schorf überzogen. Rechtes Auge und Ohr sind intakt. Auf dem behaarten Kopfe finden sich Linsen bis zehnpfennigstückgross Alopecien, in beiden supraclavikularen Gruben bis bohnengrosse Drüsen von ziemlicher Härte. An der vorderen Fläche des linken Oberarmes und des lateralen Randes der Brust dicht unter dem Humerus-Kopf eine lupös veränderte, der Form eines Ahornblattes entsprechende Hautpartie. Diese besteht seit 20 Jahren. Der Patient ist von gracilem Körperbau, die Haut ist in Falten abhebbar, der Ernährungszustand mässig. Lungen und Herz ohne Besonderheit.

Operation 30. 5. 07.

Chloroformnarkose 10 Min.

Ovaläre Excision des Tumors bis auf die Nackenmuskulatur; die Vereinigung der Wundränder gelingt infolge Starrheit der benachbarten Haut und der darunter liegenden Weichteile nur im Bereich des unteren Wundwinkels. Tamponade der Wunde.

Transplantation in Aussicht genommen.

3. 6. Verbandwechsel.

Wunde secerniert stark.

Trockener Gazeverband.

8. 6. Wunde reinigt sich.

Geringe Sekretion.

12. 6. Patient weigert sich die beabsichtigte Transplantation ausführen zu lassen, wird gebessert zur Poliklinik entlassen.

Makroskopisch-anatomische Beschreibung des Präparates:

Etwa 5—6 cm langer, 2 cm breiter, flacher Tumor, der in der Mitte zerklüftet und ulceriert ist. Farbe ist wechselnd von gelb-rötlichen Partien, bis zu grau-rötlichen. Der Tumor sitzt der narbigen Haut breitbasig auf. Auf einem Durchschnitt sieht man steile papillomatöse Wucherung in grosser Menge aus der Epidermis ausgehend. In der Subcutis grauweissliche herdförmige Verdichtungen des Bindegewebes. Die Haut um die Geschwulst herum ist narbig verändert, landkartenartig mit weissen pigmentlosen und gelben pigmenthaltigen Flecken versehen.

Mikroskopischer Befund:

Die Haut in der Nähe des Tumors zeigt eine gut entwickelte, mit Papillen versehene Epidermis. Unter der Epidermis zum Teil an die Papille anstossend, sieht man rundliche und mehr diphus gestaltete tuberkulöse Herde mit Riesenzellen, Epitheloidenzellen und Rundzellen. Die an dem Tumor anstossende Epidermis zeigt grössere epitheloide in die Tiefe wuchernde

Zapfen (es handelt sich hier wohl um Reizwirkung vom Tumor ausgehend). Am Rand des Tumors befindet sich ein Wall schönster Tuberkel mit Riesenzellen und anderen typischen Elementen. Die tuberkulöse Infiltration hat sich zwischen den epidermoidalen Bestandteilen des Cancroids entwickelt. Das Cancroid selbst ist ein typischer Hornkrebs mit sehr gut ausgebildeten Stachelzellen von verschiedenster Grösse und Form, zahlreichen Mitosen und in vielgestalteten Zelleinschlüssen. Inmitten der Krebskörper ist eine ausgedehnte Verhornung vorhanden. Die praekapillaren Gefässe zeigen keine endarteriitische Prozesse. Auf der Oberfläche des Cancroids ist ein sehr grosser Zerfall der Tumormassen.

Fall 2.

B., Mann 23 J.

Aufgenommen 20. 12. 09.

Anamnese: Seit früher Kindheit Lupus.

Vor 2 Jahren entsteht am linken Unterkiefer eine Geschwulst, die operiert wurde, nach einigen Monaten tritt die Geschwulst wieder auf.

Status:

Grosser, kräftig gebauter Mann.

Innere Organe: Urin o. B.

Am Hals und der Unterkieferregion Lupus: teils frische Efflorescencen, teils abgeheilte Pusteln. Links

in der Gegend des Unterkiefers ein etwa pflaumengrosses, rosenförmiges Hautcarcinom.

Operation: 28. 11. 09. Chloroformnarkose.

Excision des Carcinoms unter starker Blutung.

Verschorfung mit Paquelin.

Pinselung der lupösen Umgebung mit Spitzbrenner.

1. 1. 10. Patient fühlt sich gut, keine Schmerzen, steht auf.

5. 1. 10. Wunde sieht leidlich gut aus.

20. 1. 10. Wunde sieht gut aus, verkleinert sich.

29. 1. 10. Wunde verheilt. Behandlung des Hautlupus mit täglichen Injektionen von Rosenbach'schem Serum, danach Temperatursteigerung bis 39°.

8. 11. 10. Der Lupus beginnt an einigen Stellen abzuheilen; an einer Injektionsstelle ist ein kleinerer Abczess entstanden.

Geheilt entlassen.

(Datum nicht angegeben).

Makroskopischer Befund des Präparates: Etwa 3 cm langer flacher warzenartiger breitbasig aufsitzender Tumor. Auf der Oberfläche ulceriert, von grau-rötlicher Farbe. Auf dem Durchschnitt ist der Tumor papillomatös gebaut mit gelblichen Streifen durchsetzt. Auf dem Querschnitt sieht man makroskopisch nur ein geringes Tiefenwachstum und eine Erweiterung der Gefässe in der Subcutis.

Mikroskopisch: Die Epidermis in der Umgebung des Cancroids zeigt wenig ausgebildete Papillen und eine zellige Infiltration um die Haarbälge und um die zahlreichen, zum Teil erweiterten Gefässe der Subcutis von arteriosclerotischen Veränderungen in den betreffenden Gefässen; es sind in den tieferen Schichten nur geringfügige Veränderungen, welche Jntima und Media betreffen, zu sehen. Die Epidermis in der Nähe des Cancroids zeigt deutliche tiefe Wucherung und nach aussen vermehrte Verhornung und eine Verbreitung des Stratum und zahlreiche Mitosen. In der Umgebung des Cancroids ist eine sehr starke Zelleninfiltration, doch keine richtige Tuberkelbildung wahrzunehmen. Hie und da sieht man Haufen epitheloider Zellen; das Cancroid sendet seine epidermoidalen Zapfen bis dicht in das Muskelgewebe hinein. Auf der Oberfläche ist eine sehr starke zellige Infiltration von Leukozyten und ulcerierender Eiterung vorhanden.

Fall 3.

A. P., Frau 61 J.

Anamnese:

Aufgenommen: 11. 1. 10.

Patientin leidet sehr seit etwa 6—7 Jahren an einer „Schuppenflechte“, wegen welcher sie sehr viel mit Jodkalium behandelt worden ist. Die Hauterkrankung dehnte sich allmählich über die ganze rechte

Brust aus. Vor 3 Jahren bemerkte sie in der rechten Brust einen Knoten, der zuerst langsam, seit ¼ Jahr schneller wuchs.

Status:

Leidlich rüstige Frau in mässigem Ernährungszustande, Muskulatur und Fettpolster mässig entwikkelt. Die Haut an der rechten Brust ist etwa in einem umkreislich kleinen Teller von rötlicher Farbe, zum Teil mit Borken bedeckt, dazwischen einzelne Stellen, wo frische Haut durchschimmert (Lupus).

Lupusknötchen sehr deutlich. Unterhalb der Mammillae wie etwa faustgrosser, harter prominenter Tumor von höckeriger Oberfläche.

Operation.

17. 1. 10. Narkose (gemischt).

Typische Mammaamputation, nach Durchtrennung der Haut im gesunden und Ausräumung der Achselhöhle.

Lappenbildung von der linken Brustseite und von der rechten Bauchseite.

Makroskopische Beschreibung des Präparates:

Zwei handtellergrosse, um die Mammille herum liegende Zone, innerhalb welcher die Haut leicht erhoben, gerötet, zum Teil mit Epidermisschuppen bedeckt ist oder feine ulceröse Prozesse aufweist; besonders in der Nähe der Mammillae sieht man kleine, mit eingedicktem Eiter und Epidermisschuppen beleg-

te, ulcerierte Stellen. Etwa 2 cm von der Mammillae entfernt befindet sich ein kleiner apfelgrosser, über die Haut 2 cm prominierender knolliger Tumor, der sich in der Tiefe, in dem Drüsengewebe der Mamma verliert. Auf dem Durchschnitt ist der Tumor grauweisslich von ziemlich harter Konsistenz.

Mikroskopische Präparate zeigen folgende Veränderungen: die Epidermis weist eine ziemlich starke Verhornung auf; die Papillen sind abgeflacht; an mehreren Partien ist die Haut zu kleinen Hügeln aufgeworfen, anscheinend durch Wucherung, erstens der epidermoidalen Zellen (Stratum germinativum), zweitens durch eine lebhafte Zelleninfiltration der Subcutis, welche sich aus Rundzellen zusammensetzt und eigentliche tuberkulöse Elemente noch enthält (Riesenzellen und Epitheloidzellen). Die Wucherung der Epidermiszellen trägt insofern einen ungewöhnlichen Charakter, als die einzelnen Zellen von einander durch feine Hohlräume getrennt sind; in diesen sieht man zahlreiche schmale Bindegewebszellen liegen. Die Subcutis ist durchweg mit Rundzellen infiltriert. Das subcutane Gewebe zeigt ebenfalls, besonders in den grösseren Gefässen, zellige Infiltration. In diesen zelligen Infiltrationen sind meist in der Mitte herdförmig angeordnet blastomatöse Zellen, die in Lymphräume dort hingelangt zu sein scheinen. Das Carcinom ist mikroskopisch ein gewöhnlicher alveolär angeordneter

Cancer, dessen Zellen ein ebenso eigenartiges gelokkertes Gefüge haben wie die vorhin beschriebenen Zellen der Epidermis. In den grösseren Krebsknoten ist auch eine Grosse der blastomatösen Zellen vorhanden. Die subcutan gelegenen Venen sind auffällig weit (gestaut), keine endarteriitische Veränderungen.

Fall 4.

M. Sch., Frau 49 J.

Anamnese: 11. 10 09.

Seit dem vierten Lebensjahre leidet Patientin an Lupus, der sich allmählich vergrössernd, jetzt beide Arme, nur die Hände freilassend ergriffen hat. Vor 7 Jahren (1902) Behandlung mit Röntgenstrahlen. Dauer 1½ Jahre. Auf dem linken Arme infolgedessen Geschwüre, deren Behandlung mit Salbenverbänden zu einer Kontraktur des Ellbogengelenkes geführt hat. Auf dem rechten Oberarm entstand eine zuerst lange Zeit sich in Kirschengrösse haltende Geschwulst. Seit einem Vierteljahr begann diese plötzlich zu wachsen, bis sie die jetzige Grösse erreicht hat.

Status:

Ziemlich elend aussehende Frau, von mässigem Ernährungszustand. Beide Arme sind von der Schulter an, links bis zum Handrücken, rechts bis über den Ellbogen mit einem teils vernarbten, teils auf fünfmarkstückgrossen Fläche ulcerierenden Lupus bedeckt. Rechts, etwa in der Mitte des Oberarmes, sitzt

eine männerfaustgrosse, rötlich, graubedeckte, in der Mitte jauchig zerfallende Geschwulst auf. Das linke Ellbogengelenk ist etwa im Winkel von 80^0 kontrahiert.

Operation: 14. 10. 09.

Zirkumincision der Geschwulst und Abpräparierung von der Unterlage. Es zeigt sich, dass etwa in der Mitte ein fingerdicker Zapfen bis auf den Knochen in die Tiefe geht. Lostrennung desselben unter Mitnahme des Periostes, da wo der Zapfen den Knochen erreicht. Deckung des Hautdefektes durch Tiersche Transplantation vom rechten Oberschenkel.

24. 10. 09. Die Thierschen Läppchen gut angeheilt.

26. 10. 09. Auf der Wundfläche zeigen sich zwei bohnengrosse, harte Prominenzen, die in kurzer Zeit anwachsen.

11. 11. 09. Operation.

Es war versucht, das Carcinomrecidiv unter Erhaltung des Armes radikal zu entfernen.

Während der Operation zeigt sich jedoch, dass eine Exartikulation nötig ist. Da Patientin ihre Einwilligung hierzu noch nicht gegeben hat, wird soviel weggenommen wie möglich.

15. 11. 09. Operation.

Exartikulation mit gleichzeitiger Ausräumung der Achselhöhle.

Zur Deckung wird der Lappen aus der Achselhöhle gebildet, wo noch gesunde Haut vorhanden ist.

Vom unteren Pfannenrande wird ein Stück weggenommen, da das Carcinom darauf übergegangen ist.

Drainage.

Naht.

19. 11. 09. Drain wird wieder eingeführt (Secretverhaltung).

25. 11. 09. Das obere Ende des Lappens ist nekrotisch; feuchter Salbenverband.

1. 12. 09. Die Nekrose demarkiert sich, wird abgestossen. Defekt granuliert gut.

Am unteren Ende des Lappens beginnt sich die Haut vorzuwölben (Recidiv). Oberhalb der rechten Clavicula ist eine kirschgrosse harte Drüse zu tasten.

8. 12. 09. Patientin wird als inoperabel zur poliklinischen Behandlung entlassen.

Makroskopische Beschreibung des Präparates:

Erster Tumor zeigt eine über handtellergrosse, zerklüftete, in der Mitte kraterförmig vertiefte, eitrige etwa 1½—2 cm über das Niveau erhabene, höckerige Geschwulst, in deren Umgebung die Haut atrophisch und narbig verändert ist. Die Geschwulst ist dicht an die Muskulatur herangewachsen, teilweise infiltriert. Das Recediv ist etwa ebenso gross und ist innerhalb der transplantierten Zone gelegen. Es zeigt in der Mitte mehrere prominierende und confluierende, ha-

selnussgrosse Knoten und vereinzelt, getrennt davon liegende, kleinere Knoten.

Auf der einen Seite ist ein schmaler Granulationsstreifen zwischen der tuberkulös entarteten und transplantierten Haut. Die transplantierte Haut ist runzlig und zeigt eine stärkere Verhornung, auch hier sieht man auf der Unterseite zahlreiche carcinomatöse Durchwucherungen des Muskelgewebes.

Mikroskopischer Befund:

Der primäre Tumor zeigt histologisch an einer Stelle einen Epitheldefekt mit Tuberkeln und Riesenzellen, die sich auch in der Tiefe des Gewebes und unter der intakten Cutis im Subcutangewebe findet. Nur durch eine schmale Zone ist dies von tuberkulösem Herde getrennt, beginnt ein typisches, bis tief in die Subcutis gewuchertes Cancroid mit nur wenig Krebskugeln, umgeben von einer Zone derben Bindegewebes mit Tuberkeln und Riesenzellen. Sehr schön ist ein, entfernt von dieser Partie liegender, vereinzelter Tuberkel, auf den zu ein Epidermiszapfen, wie ein Keil wächst. Das Recidiv zeigt etwa dasselbe Bild und ganz vereinzelte Tuberkel mit ganz enorm viel Epithelkügelchen.

Bei Erwägung der angegebenen Fälle ersieht man, dass mit Ausnahme des dritten Falles, der Lupus das ganze Leben der Patienten begleitet. In besagtem dritten Falle jedoch trat er im 54. Lebensjahre

auf. Das gilt als einer der Ausnahmefälle, denn alle Statistiken beweisen, dass Lupus in frühem Alter auftritt.

Was Carcinom anbetrifft, so ist es Tatsache, dass das Auftreten desselben auf der Haut vor dem 40. Lebensjahre zu den Seltenheiten gehört.

Das Lupuscarcinom dagegen ist schon sehr früh wahrnehmbar, sogar schon im 10. Lebensjahre (Abraham. Jnaug.-Dissert. Freiburg 1902).

In unserem Falle 3, wo das Lupuscarcinom im 57. Jahre auftritt, ist die Ursache davon in dem späten Auftreten des Lupus zu suchen.

Die Dauer vom Anfang des Lupus bis zum Entstehen des Carcinom ist verschieden. So haben wir im Falle 1 nach sieben Jahren, im Falle 2 ungefähr fünfzehn Jahren, Fall 3 nach 4 Jahren und Fall 4 nach 39½ Jahren. Man kann also nicht von einem Incubationsstadium für das Entstehen des Carcinoms nach Lupus sprechen.

Ob Röntgen- und Finsenbehandlung an der Entstehung des Carcinom Schuld trägt, ist nur in zwei von unseren Fällen ersichtlich.

Im Falle 1 wurde der Patient an einer blumenkohlartigen Geschwulst operiert, ehe er mit Röntgenstrahlen behandelt wurde. Ob hier Carcinom vorgelegen hat, ist aus den Göttinger Journalen nicht zu ersehen. Dann wurde er 1901 mit Finsenstrahlen be-

handelt, wonach im Jahre 1903 eine Enucleation des linken Auges vorgenommen wurde. Im Jahre 1904 wurde er mit Röntgenstrahlen behandelt, und 1907 an Carcinom operiert.

Der Erfolg wurde zwar bei Lupus erzielt, aber wie es scheint haben die Röntgen- und Finsenstrahlen prädisponierend zum Recidiv des Carcinoms gewirkt.

Im Falle 4 können wir von direkter Einwirkung auf die Entwicklung des Carcinoms sprechen. In Fällen 2 und 3 ist die Ursache in der durch Lupus chronisch entzündeten Affection der Haut zu suchen.

Lesser hat darauf hingewiesen, indem er sagte: „Offenbar führt hier die krankhaft gesteigerte Tätigkeit der epidermoidalen Gewebe bei Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Bindegewebes schliesslich zur atypischen Wucherung, zur Krebsbildung“.

Schon Lang sagte auch: „Das Carcinom kann gegen lockeres, vom Lupus erweichtes Gewebe viel leichter und schneller eindringen und somit in viel kürzerer Zeit grössere Ausbreitung erlangen als es sonst der Fall ist“. Dies erklärt auch die gesteigerte Malignität des Lupuscarcinoms.

Das mikroskopische Bild der Präparate, wie das makroskopische bestätigen die Diagnose auf Lupuscarcinom.

In den Fällen 1, 3 und 4 sehen wir neben dem

Cancroid auch tuberculöse Herde. Dagegen in Fall 2 sind keine richtigen Tuberkel wahrnehmbar.

Es findet ein Zerfall der Lupuszellen statt, so dass das aus Krebszellen, Rundzellen, aus körnigen Massen des Kern- und Zellzerfalles bestehende Knötchen einen eigentümlichen Anblick gewähren. Gefässveränderungen sind nicht immer vorhanden.

Zum Schluss erlaube ich mir meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Dr. Hildebrand, für die gütige Ueberweisung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen. Ebenso nehme ich an dieser Stelle Veranlassung, Herrn Oberarzt Dr. Rosenbach für die freundliche Beihilfe bei der Bearbeitung bestens zu danken.

Literatur-Verzeichnis.

Friedländer, Fortschritte der Medizin. 1885.

Baumgarten, Arbeiten aus d. path. Inst. zu Tübingen.

Metterhausen, Ueber Combination von Krebs und Tuberkulose. In.-Diss. Göttingen. 1897.

Busch, Ueber die epitheliomartige Form des Lupus an den Extremitäten. Arch. f. klin. Chir. 1872.

Dr. Petersen, Beiträge zur Lehre von Carcinom. Beiträge z. klin. Chir. 1902.

Karpinsky, Casuistischer Beitrag zur Erläuterung der Beziehung zwischen Lupus und Carcinom. In.-Diss. Greifswald. 1891.

Lubarsch-Ostertag, 1907.

Naegeli, Die Kombination von Tuberkulose und Carcinom. Münch. Med. Woch. 1894.

Dr. E. Ewico Franco, Ueber das gemeinsame Vorkommen von Tuberkulose und Tumor an demselben Organ. Arch. f. path. Anatomie und Physiologie.

Schumann, Ueber die Entstehung bösartiger Neubildungen auf der röntgenbestrahlten Haut. Arch. f. klin. Chir.

Coena, Berl. klin. Wochenschrift. 1908.

Abraham, Ueber Lupuscarcinom. In.-Diss. Freiburg i/B. 1902.

Lesser, Lehrbuch der Hautkrankheiten.

Dr. med. Krone, Ein Beitrag zur Lehre von Lupus-Carcinom. Arbeiten auf dem Gebiete der path. Anatomie und Bakteriologie.

Dr. N. Ashiara, Ueber das Lupuscarcinom, Arch. f. Dermat. und Syph. 1901.

Dr. Borst, Lehre von den Geschwülsten, Bd. 2.

Dr. Fritz Rosenbach, Das Röntgencarcinom und seine Entstehung. Arch. f. klln. Chir. Bd. 92, Heft 1.

Wollseiffen, Ueber Lupuscarcinom. Inaug.-Diss. Bonn. 1892.

Prof. Ribbert, Carcinom und Tuberkulose. Münch. Med. Woch. 1894.

Keuibaschieff, Beiträge zur Kenntnis des Carcinom nach Lupus. Inaug.-Diss. Freiburg i/B. 1893.

Steinhauser, Beiträge zur klin. Chir. 1895.

Lebenslauf.

Verfasserin dieser Arbeit, Bassja Schwartz, mosaischer Konfession, Tochter eines Kaufmanns Schaja Schwartz, wurde am 17. Januar 1884 zu Britschani, Gouv. Besarabien, geboren. Ihre wissenschaftliche Ausbildung erhielt sie im Gymnasium zu Tula, besuchte die Universitäten zu Bern, Zürich und Berlin. Während des medizinischen Studiums besuchte sie die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Dozenten:
Bumm, Brugsch, Bürgi, Eichhorst, Fischer, Friedheim, Freund, Gaule, Greef, Haab, Heubner, Hildebrand, Kostanecky, Kocher, Kraus, Kronecker, Krönlein, Lutz, Mai, Maiyer-Würz, Passow, Sahli, Schlatter, Schmidt, Strasser, Studer, Wyder, O. Wyss, Wyss, Ziehen, Zimmermann.

Allen diesen Herren, ihren hochverehrten Lehrern, spricht Verfasserin an dieser Stelle ihren verbindlichsten Dank aus.
